

O CONHECIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARES: REVISÃO INTEGRATIVA

Tiago Rafael da Silveira Meller

Silvana Bastos Cogo

Leila Mariza Hildebrandt

Marinês Tambara Leite

Fernanda Beheregaray Cabral

Carolina Pilger

Graciela Sehnem

Vera Lucia Fortunato Flores



Tiago Rafael da Silveira Meller
Silvana Bastos Cogo
Leila Mariza Hildebrandt
Marinês Tambara Leite
Fernanda Beheregaray Cabral
Carolina Pilger
Graciela Sehnem
Vera Lucia Fortunato Flores

O conhecimento da equipe multiprofissional de saúde acerca dos cuidados paliativos hospitalares: revisão integrativa

1ª Edição

Belém-PA
Home Editora
2023

© 2023 Edição brasileira
by Home Editora

© 2023 Texto
by Autor

Todos os direitos reservados

Home Editora

CNPJ: 39.242.488/0002-80

www.homeeditora.com

contato@homeeditora.com

9198473-5110

Av. Augusto Montenegro, 4120 - Parque Verde, Belém - PA, 66635-110

Editor-Chefe

Prof. Dr. Ednilson Ramalho

Diagramação e capa

Autores

Revisão de texto

Autores

Produtor editorial

Laiane Borges

Bibliotecária

Janaina Ramos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Home Editora

C749

O conhecimento da equipe multiprofissional de saúde acerca dos cuidados paliativos hospitalares: revisão integrativa / Tiago Rafael da Silveira Meller et al .
- Belém: Home, 2023.

Outros

Silvana Bastos Cogo

Leila Mariza Hildebrandt

Marinês Tambara Leite

Fernanda Beheregaray Cabral

Carolina Pilger

Graciela Sehnem

Vera Lucia Fortunato Flores

16 x 23 cm

Livro em pdf.

ISBN 978-65-85712-74-3

DOI 10.46898/home.c3b8bd8f-f61d-4c39-80ed-6bea19be852a

1. Saúde. I. Meller, Tiago Rafael da Silveira et al . II. Título.

CDD 613

Índice para catálogo sistemático

I. Saúde.



Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade do(s) autor(es).
Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição-SemDerivações 4.0 Internacional.

Conselho Editorial

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza - UFOPA

(Editor-Chefe)

Prof. Dr. Laecio Nobre de Macedo-UFMA

Prof. Dr. Aldrin Vianna de Santana-UNIFAP

Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa-UFMA

Prof^a. Dra. Renata Cristina Lopes Andrade-FURG

Prof. Dr. Clézio dos Santos-UFRRJ

Prof. Dr. Rodrigo Luiz Fabri-UFJF

Prof. Dr. Manoel dos Santos Costa-IEMA

Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida-UFOPA

Prof. Dr. José Moraes Souto Filho-FIS

Prof. Dr. Deivid Alex dos Santos-UEL

Prof^a. Dra. Maria de Fatima Vilhena da Silva-UFPA

Profa. Dra. Dayse Marinho Martins-IEMA

Prof. Dr. Daniel Tarciso Martins Pereira-UFAM

Prof^a. Dra. Elane da Silva Barbosa-UERN

“Acreditamos que um mundo melhor se faz com a difusão do conhecimento científico”.

Equipe Home Editora

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde, à Universidade de Passo Fundo e ao Hospital de Clínicas de Passo Fundo por me permitirem atuar em cenários de alta qualidade durante a residência, propiciando o meu crescimento profissional.

À professora e tutora Vera, por toda ajuda dispensada na realização deste trabalho.

Ao meu avô Arthur (*in memoriam*) por despertar em mim o amor pela Oncologia e pelos Cuidados Paliativos.

A minha família e meus amigos por todo apoio incondicional.

À minha equipe multiprofissional, colegas de residência, e demais profissionais dos cenários de prática, por todas as trocas no decorrer das atividades.

E aos meus pacientes, os quais me dão a oportunidade de exercer o meu melhor lado, como pessoa e profissional.

Somente gratidão!

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. METODOLOGIA.....	9
3. RESULTADOS.....	10
4. DISCUSSÃO.....	14
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
REFERÊNCIAS.....	17
ANEXOS.....	
Anexo I: Normas da Revista de Enfermagem da UFSM.....	19
APÊNDICES	
Apêndice I: Protocolo de Revisão Integrativa	25

O CONHECIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE ACERCA DOS CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARES: REVISÃO INTEGRATIVA

Tiago Rafael da Silveira Meller¹

Vera Lucia Fortunato Fortes²

RESUMO: Objetivo: compreender, de acordo com a literatura nacional e internacional, qual o conhecimento que a equipe multiprofissional de saúde tem sobre a assistência em cuidados paliativos a pacientes hospitalizados. **Método:** revisão integrativa. As bases de dados foram: Lilacs; SciELO; e Pubmed. Os descritores foram extraídos do DeCS, sendo a amostra final de seis artigos originais. Período da busca de abril a maio de 2020. **Resultados:** evidenciou-se a presença de estudos relacionados DPOC, transições para cuidados paliativos, conhecimentos sobre morte e distanásia, cuidados paliativos em UTI, dificuldade da equipe no cuidado em fase terminal, e prática interdisciplinar em internação domiciliar. **Considerações finais:** os profissionais de saúde enfrentam muitas dificuldades no conhecimento e, em sua maioria desconhecem as práticas do cuidado paliativo hospitalar, ficando evidente a dificuldade em instituir o início desta prática.

Descritores: Cuidados Paliativos; Equipe de Assistência ao Paciente; Internação Hospitalar.

ABSTRACT: Objective: to understand, according to the national and international literature, what knowledge the multiprofessional health team has about palliative care assistance to hospitalized patients. **Method:** integrative review. The databases were: Lilacs; SciELO; and Pubmed. The descriptors were extracted from DeCS, being the final sample of six original articles. Search period from April to May 2020. **Results:** the presence of studies related to dpoC, transitions to palliative care, knowledge about death and dysthanasia, palliative care in the ICU, staff difficulty in terminal care, and interdisciplinary practice in home care were evidenced. Final considerations: health professionals face many difficulties in knowledge and, for the most part, they are unaware of the practices of hospital palliative care, becoming evident the

¹Enfermeiro. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer da Universidade de Passo Fundo/Hospital de Clínicas de Passo Fundo/Secretaria Municipal de Saúde.

²Enfermeira. Mestre em Assistência de Enfermagem pela UFSC. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer e Cardiologia da Universidade de Passo Fundo. Professora da Escola do HSVP.

difficulty in starting this practice.

Descriptors: Palliative Care; Patient Care Team; Hospitalization.

RESUMEN: Objetivo: comprender, según la literatura nacional e internacional, qué conocimientos tiene el equipo multiprofesional de salud sobre la asistencia en cuidados paliativos a pacientes hospitalizados. **Método:** revisión integradora. Las bases de datos fueron: Lilacs; SciELO; y Pubmed. Los descriptores fueron extraídos de DeCS, siendo la muestra final de seis artículos originales. Período de búsqueda de abril a mayo de 2020. **Resultados:** se evidenció la presencia de estudios relacionados con la EPOC, transiciones a cuidados paliativos, conocimiento sobre muerte y distanasia, cuidados paliativos en la UCI, dificultad del personal en cuidados terminales y práctica interdisciplinaria en la atención domiciliaria. **Consideraciones finales:** los profesionales de la salud enfrentan muchas dificultades en el conocimiento y, en su mayor parte, desconocen las prácticas de los cuidados paliativos hospitalarios, haciéndose evidente la dificultad para iniciar esta práctica.

Descriptor: Cuidados Paliativos; Grupo de Atención al Paciente; Hospitalización;

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico e científico na área da saúde proporciona ambientes perfeitos e diversificadas opções de investimento terapêutico, onde o foco do cuidar dos profissionais de saúde está mais atrelado a tratar a enfermidade ativamente, esquecendo a possibilidade de tratar também o sofrimento do paciente e sua família. Pensando na melhor atuação dos profissionais de saúde no cuidado a pacientes que sofrem de doenças incapacitantes e ameaçadoras da continuidade da vida, existe a proposta de intervir no panorama atual dos cuidados ofertados através da prática dos cuidados paliativos (CP).¹

O CP teve início em 1967, em Londres, através do Movimento Hospice Moderno, no *Saint Christopher's Hospice* através do esforço de Cicely Saunders. Esse movimento possibilitou iniciar uma filosofia de cuidados que possibilita um olhar diferenciado sobre o paciente com doença avançada, sem perspectiva curativa, visando a um controle impecável dos sintomas, em especial da dor.²

“CP consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”.³ A *Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA)* ampliou e definiu que estes cuidados são

necessários tanto para condições que limitam a vida quanto para doenças crônicas; e que não há um tempo de vida estimado ou um prognóstico que determinem a sua indicação, mas, que deve ser levada em conta a necessidade do paciente.^{2:541}

Entretanto, em um novo consenso a partir de pesquisa realizada e publicada na *Journal of Pain and Symptom Management*, propõe que: “Os CP são cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que encontram-se em intenso sofrimento relacionados à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo dos CP é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores.”^{4:761}

Ainda, neste estudo mais recente ficou definido os princípios que regem a prática dos CP, os quais compreendem prevenção, identificação precoce, avaliação integral e controle de problemas físicos, incluindo dor e outros sintomas angustiantes, sofrimento psicológico, espiritual e problemas sociais, sendo que estas intervenções devem ser iniciadas o mais precocemente e baseadas em evidências científicas.⁴

Com relação a prática em ambiente hospitalar, a organização do serviço deve ser baseada pensando em que se pretende construir, de acordo com objetivos definidos e a demanda de necessidade. Esta organização pode ser baseada no modelo de rede integrada em CP que é composta por unidades de internação, ambulatório, hospedaria e a assistência domiciliar.⁵

No ambiente hospitalar podem ser instituídos unidades de internação em CP, sendo uma ala de um hospital geral, a qual deve operar com leitos próprios e com equipe multiprofissional capacitada, funcionando com uma clínica de especialidade no hospital. Possui como vantagens a integração dos CP com todas as áreas de um hospital geral, acesso de pacientes para internação 24 horas, facilidade ao ensino de CP, além de respostas rápidas ao doente e sua família, ofertando maior segurança. A equipe multiprofissional especializada pode ser composta com uma equipe mínima com médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social, ou uma equipe nuclear completa com todos os profissionais da equipe mínima, acrescentando, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, com possibilidade de acessar outros profissionais se necessário.^{5:2}

Os *Hospices*, conhecidos como unidade hospitalar especializada em CP, constituem outra modalidade de atendimento, sendo uma unidade de saúde de média complexidade, que se diferencia de um hospital geral pois integra espaços destinados a atividades diversas e de convivência para pacientes e família, uma maior flexibilidade e atuação contínua de equipes multiprofissionais. A vantagem deste modelo de atenção é a prática especializada dos CP, que possibilita uma abordagem impecável dos sintomas físicos, psicossociais e espirituais dos

pacientes. Destinam-se à assistência em fase final de vida e com crises de necessidades biopsicossociais ou pacientes em perfil de internação curta (14 dias em média), até necessidade de internação prolongada (2 a 3 meses em média), para aqueles em perfil de recuperação neurológica, enfermidades crônicas avançadas pulmonares, cardíacas e renais e descompensação, além de pacientes com demências em fase avançada e alto grau de incapacidades.⁵

O ambulatório de CP é uma modalidade de atenção a pacientes externos, através de consultas com especialista destinada a pacientes com doença avançada, progressiva e ameaçadora da vida, com poucas chances de cura. Tem objetivo de proporcionar o controle de sintomas da doença, comunicação adequada, perspectivas de tratamento, afim de elaborar as dificuldades pessoais e individuais de cada pacientes no enfrentamento da doença ameaçadora. O principal benefício desta modalidade, é poder acompanhar os pacientes de maneira precoce em uma fase onde a doença, mesmo significativa, ainda oferece pouco impacto funcional ao doente.⁵

Diante do exposto, considera-se necessário estudar, através de uma revisão integrativa da literatura, o conhecimento que profissionais da saúde possuem sobre a prática dos cuidados paliativos em ambiente hospitalar. A formulação da pergunta da revisão seguiu o formato adaptado ao acrônimo PICO, sugerido por Mendes, Silveira e Galvão⁶, sendo “P” os pacientes ou população paliativa hospitalizada; “I” as intervenções direcionadas, nesse caso, aos pacientes hospitalizados em CP; “C” de comparação, que nesse estudo não se aplica e “O” de *outcomes*, os quais seriam os resultados que se encontrou nos estudos acerca do conhecimento que os profissionais da saúde possuem ao exercer o CP.

O estudo pretende responder a seguinte questão de pesquisa: Qual o conhecimento da equipe multiprofissional de saúde acerca dos cuidados paliativos na assistência ao paciente hospitalizado? Ainda, este estudo tem por objetivo: compreender, de acordo com a literatura nacional e internacional, qual o conhecimento que a equipe multiprofissional de saúde tem sobre a assistência em cuidados paliativos a pacientes hospitalizados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com o intuito de identificar estudos já publicados na literatura nacional e internacional sobre a temática que aborde o conhecimento da equipe multiprofissional na assistência de CP a pacientes hospitalizados, com recorte temporal entre 2010 e 2020 (até a data final da busca).

Optou-se como referencial metodológico a revisão integrativa da literatura, uma vez que

possibilita um processo de sistematização e análise dos resultados, visando a compreensão de um determinado tema, a partir de outros estudos primários já publicados.⁷⁻⁶

A revisão integrativa permite a análise de pesquisas relevantes, as quais colaboram na tomada de decisão e melhoria da prática clínica de uma determinada área. Fornece a síntese do estado do conhecimento do assunto a ser pesquisado, podendo apontar lacunas que possam ser preenchidas com a realização de novos estudos.⁶⁻⁷

Para a elaboração da revisão, foi construído um protocolo de revisão integrativa baseado na metodologia de Mendes, Silveira e Galvão 2008 e 2019.⁶⁻⁷ (APÊNDICE A).

Para tanto, esta metodologia de pesquisa fornece seis etapas para sua elaboração, as quais foram seguidas neste estudo: 1) elaboração da pergunta de pesquisa com base na estratégia PICO; 2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de estudos para busca e seleção dos estudos primários; 3) extração de dados dos estudos primários; 4) avaliação crítica dos estudos selecionados na revisão; 5) interpretação e síntese dos resultados; 6) apresentação da revisão do conhecimento.⁶⁻⁷

Estabeleceu-se como critérios de inclusão: artigos originais, qualitativos, quantitativos, estudos mistos; estudos publicados em português, inglês ou espanhol que contenham os termos de busca, e publicados entre 2010 e 2020. Como critérios de exclusão: estudos na modalidade de cartas, resenhas, editoriais, revisões; dissertações, teses; artigos que não respondem à pergunta de pesquisa; estudos duplicados (considerados uma vez); e estudos que não contemplem o escopo do estudo.

A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi a busca de publicações nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PUBMED) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), com recorte temporal de 2010 a 2020, com a data final da busca em 31 maio de 2020, através dos descritores “Cuidados Paliativos”, “Equipe de Assistência ao Paciente” e “Internação Hospitalar”, bem como as suas palavras chaves nos idiomas português, inglês ou espanhol, e o auxílio dos operadores booleanos *AND* e *OR*, para definir as chaves de busca nas bases de dados.

O Percorso metodológico seguiu-se com a inserção das chaves de busca previamente selecionadas de acordo com os descritores do estudo (APÊNDICE A), e após a leitura dos títulos e resumos dos estudos encontrados em cada base de dados.

RESULTADOS

Na base de dados da PUBMED, foi elencada uma chave de busca que selecionou 64

estudos e destes, somente três responderam à pergunta de pesquisa e objetivo, sendo incluídos no estudo. Na LILACS, foram utilizadas sete chaves de busca, sendo selecionado 128 artigos, e destes dois foram selecionados. Ainda, na base SCIELO 414 artigos foram encontrados, e destes apenas dois parecem responder aos critérios.

Portanto, de um total de 606 artigos, inicialmente foram selecionados 11 para leitura na íntegra, que após esta etapa metodológica criteriosa, foram incluídos seis artigos para compor o escopo desta revisão, os quais estão representados no quadro abaixo (QUADRO 1), apresentando a categorização dos dados quanto ao idioma e ano de publicação, a base eletrônica na qual estava incluída, título, objetivo e principais resultados encontrados.

Com relação aos idiomas, dois artigos são da língua inglesa, ambos incluídos na base de dados PUBMED, dois artigos na língua portuguesa, ambos incluídos na base de dados da LILACS. Na SCIELO encontramos um artigo em língua espanhola e um artigo em língua inglesa.

Com relação ao ano de publicação, os artigos foram publicados nos anos de 2011, 2012, 2013, dois artigos em 2017, e um artigo em 2018, mais recentemente.

Os profissionais participantes citados nos estudos foram predominantemente médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogo, fisioterapeuta, técnicos de enfermagem, assistente social, gestores, teólogo, entre outros.

Quadro 1. Síntese dos artigos incluídos

IDIOMA/ANO	BASE DE DADOS	TÍTULO	OBJETIVOS	RESULTADOS
2017/INGLÊS	PUBMED	The view of pulmonologists on palliative care for patients with COPD: a survey study	Explorar a visão dos pneumologistas na Holanda com relação ao CP para pacientes com DPOC em geral; Identificação de paciente com DPOC para CP; Aspectos da importância dos CP para os pacientes com DPOC; e Organização de CP para pacientes com DPOC.	<ul style="list-style-type: none"> - A maioria dos participantes evidenciaram que há uma fase paliativa na trajetória da DPOC, contudo alguns responderam o contrário; - Não há distinção entre cuidados curativos e paliativos; - Dificuldade de definir o momento de iniciar os CP; - Embora exista uma equipe especializada em CP, quase a totalidade dos participantes do estudo indicaram que o envolvimento desta equipe no cuidado e tomada de decisões é possível, mas na prática é menos comum.
2011/INGLÊS	PUBMED	Transitions to palliative care in acute hospitals in England: qualitative study	Explorar como as transições para uma abordagem de cuidados paliativos são percebidas para serem gerenciadas em ambientes hospitalares agudos na Inglaterra (atenção primária e secundária).	<ul style="list-style-type: none"> - Neste estudo foi evidenciado que a transição recomendada na diretriz é raramente evidente em ambientes hospitalares de urgência; - O ponto chave para que isso ocorra é a discussão do prognóstico com os pacientes e famílias, o qual não é rotineiro; - A comunicação dentro da equipe hospitalar deve levar a um consenso de que o paciente tem necessidades de CP e posteriormente usar isto para alterar o plano de cuidados;
2018/PORTUGUÊS	LILACS	Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia / Health professionals: a view on death and dysthanasia	Analisar qual a percepção dos profissionais diante do processo de morte e também qual o seu preparo para a promoção de cuidados no fim da vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de formação teórica para a atuação nas situações que encontram no ambiente profissional; - A formação profissional favorece a segmentação da atuação na prática, onde há o detrimento do trabalho integral na equipe multiprofissional, em que cada categoria desempenha seu papel de forma isolada e sem comunicação com as demais; - Organização hierárquica onde o médico é o responsável pelas decisões; - Houve a persistência em empregar o termo CP como sinônimo de medidas terminais; - Destacou-se a falta de formação acadêmica adequada para lidar com os aspectos dos CP.
2017/PORTUGUES	LILACS	Percepção da equipe de terapia intensiva sobre os cuidados paliativos: o discurso do sujeito coletivo	Conhecer a percepção dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva em relação aos cuidados paliativos.	<ul style="list-style-type: none"> - Através do DSC, originou-se quatro ideias centrais (IC): “Cuidado na fase terminal da vida sem medidas fúteis”; “Cuidado de conforto”; “Falta uniformizar a assistência” e “Falta capacitação para a equipe”.

2013/ESPAHOL	SCIELO	El cuidado en la fase terminal: dificultades de un equipo multidisciplinario en la atención hospitalaria.	Conhecer as dificuldades de uma equipe multiprofissional na assistência a pacientes em terminalidade em uma unidade de internação hospitalar.	- Surgiram três unidades temáticas: dificuldades dos profissionais frente à terminalidade da vida; a relação da equipe multiprofissional com a família no contexto de terminalidade e as limitações no trabalho da equipe multiprofissional frente à terminalidade.
2012/INGLES	SCIELO	The essence of interdisciplinary practice in palliative care delivery to cancer patients	Conhecer a prática Interdisciplinar na equipe de saúde do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico	- Surgiram duas categorias: “a prática interdisciplinar no PIDI: um processo em construção permanente” e, “os cuidados paliativos na prática interdisciplinar”; - Interação dos trabalhadores num enfoque interdisciplinar, integração de ações e conhecimento, estabelecimento do diálogo, relações horizontais de poder na equipe, aprendizagem coletiva e, motivação interna para defender uma prática baseada na qualidade de vida e morte dos pacientes.

DISCUSSÃO

A partir da análise dos resultados de todos os estudos incluídos nesta revisão, pode-se discorrer sobre as dificuldades e, embora poucas, as potencialidades da equipe multiprofissional nas práticas dos cuidados paliativos (CP).

Os participantes do estudo evidenciam que não há distinção entre cuidados curativos e paliativos na trajetória da doença pulmonar obstrutiva crônica, evidenciando como se torna difícil iniciar este tipo de cuidado precocemente. Ainda, o estudo mostra que não há equipe disponível para o atendimento específico de palição a pacientes com esta enfermidade.⁸ Corroborando com estes resultados, há o fato de que a maioria dos médicos não se baseiam na diretriz clínica Holandesa de CP. A principal barreira para a prática neste estudo foi o início oportuno dos CP.⁸

A prática dos CP tem como foco a maximização da qualidade de vida e, iniciá-la precocemente, é de suma importância⁸. De maneira semelhante, foi evidenciado dificuldades na transição dos cuidados curativos aos paliativos⁹. A recomendação é iniciar esta transição no início da trajetória de uma doença crônica e ameaçadora da vida, porém isso não é rotineiramente feito nos ambientes hospitalares dos estudos encontrados.⁸⁻⁹

Ainda, foi elencado problemas de hierarquia profissional, entre medicina e enfermagem, e também entre equipes médicas no que se refere à tomada de decisões de planejamento de cuidados¹⁰, sendo indicado a importância da equipe de enfermagem ter mais espaço de expressar suas sugestões e percepções sobre as abordagens que são realizadas no cuidado. De modo semelhante¹¹, observou-se e a falta de participação da equipe de enfermagem no processo de tomada de decisão.

Com relação à equipe multiprofissional, foi evidenciado dificuldades quanto à organização e o desenvolvimento do trabalho em equipe. O estudo mostra que cada categoria profissional desenvolve seus papéis uniprofissionalmente, e muitas vezes sem comunicação com as demais classes, o que gera um forte detrimento do trabalho multiprofissional, o qual é a base para o desenvolvimento dos CP.¹¹ Ainda, ficou evidente a hierarquia profissional implícita nas equipes, onde o médico é responsável pelas decisões, mesmo que este tenha menos tempo de formação que os demais profissionais¹¹. Este resultado de problemas na hierarquia profissional é semelhante as dificuldades encontradas nos estudos anteriores, onde também aparece a forte presença do modelo biomédico em saúde, centrada na figura do profissional médico.^{8,9-10}

De acordo com os artigos, as recomendações para melhorar as questões de dificuldade em iniciar precocemente as discussões sobre indicação de CP é reconhecer quando o paciente

está com necessidade desta abordagem, e construir um consenso entre as equipes envolvidas sobre como isto deve ser tratado na trajetória do cuidado.⁹⁻¹⁰

Outro ponto elencado como dificuldade nos estudos selecionados foi a falta de formação teórica para atuar na prática em situações de terminalidade, morte e cuidados paliativos, o que acaba por gerar uma sensação de despreparo e desconforto aos profissionais.¹⁰⁻¹³ O papel da formação profissional adequada é promover uma maior segurança aos profissionais para atuar e debater sobre os processos que ocorrem no fim de vida.¹²⁻¹³

Houve o predomínio de dados relacionados a problemas de comunicação na equipe interdisciplinar, o que acarreta em problemas de colaboração na equipe. O estudo mostra que a comunicação da maioria dos profissionais com a equipe médica não existe.¹¹ Da mesma maneira, estudo semelhante discorre sobre a fragilidade na atenção dispensada aos pacientes através da falta de comunicação entre a equipe, ausência de integração e confiança entre os profissionais.¹²

Uma boa comunicação é apontada como apoio à tomada de decisões na transição de cuidados curativos a paliativos⁹, e novamente é enfatizado a necessidade de melhorar a interação entre a equipe multiprofissional que atua com pacientes em CP, uma vez que permite aprimorar a assistência ao paciente.¹²

O estudo traz um dado importante com relação a organização dos CP em ambiente hospitalar, enfatizando que na internação quem deve organizar esta prática é o médico (no caso, o pneumologista, uma vez que é para paciente com DPOC)⁸ o que pode vir ao encontro dos demais artigos com relação ao poder hierárquico do médico, ainda implícito nos ambientes de saúde.¹⁰⁻¹¹

Em contrapartida, na abordagem ambulatorial, mostra-se que uma cooperação multidisciplinar é preferível, trazendo como profissionais chaves o médico especialista, o médico clínico e a enfermeira especialista.⁸ Este dado mostra que há o conhecimento da importância de atuação em equipe para um bom desenvolvimento de CP.

Um aspecto importante evidenciado como limitação para a prática foi o frequente emprego da expressão cuidados paliativos como sinônimo de medidas terminais, ou aplicada somente em prognósticos reservados ou em casos de morte iminente,¹⁰ o que é equivocado, uma vez que o CP não se restringe apenas a terminalidade da vida. Esta situação está relacionada com a escassez na formação profissional já citada anteriormente.¹⁰⁻¹³

Outro estudo mostra as dificuldades dos profissionais com relação aos CP na Unidade de Terapia Intensiva, trazendo aspectos importantes sobre a dificuldade em uniformizar a assistência, concordância em definir quando o CP deve ser instituído, ausência de protocolos e

condutas uniformizadas.¹¹ Ainda, ficou evidente a falta de capacitação da equipe, dificuldades no conhecimento, formação adequada e envolvimento de todos os integrantes da equipe multiprofissional.¹¹

De maneira semelhante, um estudo analisado enfatiza as dificuldades da equipe multiprofissional em aceitar a terminalidade da vida.¹² Arelado a isso está a escassez de formação profissional, como já mostrado nos demais estudos,¹⁰⁻¹³ e a tendência curativa somada ao progresso tecno-científico que colabora para a manutenção e ampliação da vida.¹⁰⁻¹³

Por outro lado, embora escassos, apareceram pontos que podem ser considerados como potencialidades para a prática dos cuidados paliativos. Os autores do estudo¹¹ mostram que o conhecimento dos profissionais está relacionado à associação de CP como cuidados sem medidas fúteis, e cuidados de conforto.¹¹ Os profissionais mostram o conhecimento ao entender que são cuidados que visam conforto e suporte para o paciente sem possibilidades terapêuticas de cura, onde o foco é tratar os sintomas necessários para possibilitar uma melhor qualidade de vida, vindo ao encontro com o que é preconizado na filosofia dos CP.⁴

Apenas um estudo discorre somente sobre aspectos potenciais ao trazer a construção coletiva na prática interdisciplinar nos cuidados paliativos em um programa de internação domiciliar.¹³

O estudo mostra que em ambientes como UTI há possibilidade de se considerar o biprofissionalismo, onde se destaca a figura do médico e do enfermeiro, mas que na prática de internação domiciliar e nos CP a interdisciplinaridade é fundamental.¹³ Em contrapartida o estudo que aborda a prática interdisciplinar em internação domiciliar mostra as potencialidades para o desenvolvimento de uma prática inter e multiprofissional, através da integração de saberes, ações, interação entre os profissionais envolvidos, troca de experiências, socialização de conhecimentos, planejamento conjunto em equipe e comunicação efetiva.¹³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se através dos estudos selecionados pela revisão que a equipe multiprofissional de saúde enfrenta fragilidades no momento de instituir os CP em sua prática profissional, sendo que o conhecimento mostrou-se mais presente em práticas de internação domiciliar e ambulatoriais, onde há a presença de uma relação linear entre todos os profissionais envolvidos, do que em ambiente hospitalar, onde estas práticas são centradas no modelo biomédico.

Ficou evidente o predomínio da hierarquia profissional, observando no topo a figura do profissional médico, o qual tem o poder de decidir e instituir o melhor momento de iniciar os

cuidados paliativos, acarretando assim uma “timidez” dos demais membros da equipe de saúde.

Ainda, pode-se concluir que há uma grande dificuldade por todos os profissionais atuantes em ambiente hospitalar com relação ao momento de indicar e iniciar os cuidados paliativos na trajetória de uma doença crônica e ameaçadora da continuidade da vida.

Portanto, os estudos incluídos nesta revisão mostram que há muitas dificuldades no conhecimento e desenvolvimento dos cuidados paliativos pela equipe multiprofissional, e que há muitas lacunas a serem preenchidas para a efetivação de uma assistência pautada nos princípios do cuidado paliativo.

As limitações do estudo referem-se à pouca produção científica, tanto brasileira quanto internacional, acerca dos cuidados paliativos em ambiente hospitalar na ótica da equipe multiprofissional. Sugere-se ampliar os estudos desta temática, incluindo outros descritores relacionados à prática hospitalar.

REFERÊNCIAS

1 Silveira MH, Ciampone MHT, Gutierrez BAO. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2014, vol.17, n.1, pp.7-16. ISSN 1809-9823. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100002>.

2 Pineli PP, Krasilcic S, Suzuki FA, Maciel MGS. Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão Necessária. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2016, vol.40, n.4, pp.540-546. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n4e01182015>.

3 World Health Organization (WHO). Definition of palliative care. Disponível em: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/, 2002.

4 Lukas R, Liliana L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*. Volume 60, Issue 4, October 2020, Pages 754-764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>

5 Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos. 2 ed; São Paulo, 2012.

6 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2019, vol.28, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0204>.

7 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2008, vol.17, n.4, pp.758-764. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

8 Duenk RG, Verhagen C, Dekhuijzen PNR, Vissers KCP, Engels Y, Heijdra Y. The view of pulmonologists on palliative care for patients with COPD: A survey study. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2017. Volume 12. 299-311. 10.2147/COPD.S121294.

9 Gott M, Ingleton C, Bennett MI, Gardiner C. Transitions to palliative care in acute hospitals in England: qualitative study. *BMJ*. 2011 Mar 29;342:d1773. doi: 10.1136/bmj.d1773. PMID: 21447572;

PMCID: PMC3230109.

10 Ferreira JMG, Nascimento JL, Sá FC. Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2018, ed 42(3), 87-96. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20170134>

11 Gulini JEHMB, Nascimento ERP, Moritz RD, Rosa LM, Silveira NR, Vargas MAO. A equipe da Unidade de Terapia Intensiva frente ao cuidado paliativo: discurso do sujeito coletivo. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 18] ; 51: e03221. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100419&lng=en. Epub May 25, 2017. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016041703221>.

12 Cardoso DH, Viegas AD, Santos BP, Muniz RM, Schwartz E, Thofehn MB. El cuidado en la fase terminal: dificultades de un equipo multidisciplinario en la atención hospitalaria. *Avances en enfermería*, 2013, vol. Xxxi n°2 julio-diciembre 2013.

13 Rutz P, Adrize BT, Maira CA, Simone CG, Roxana I, Alves ON. A essência da prática interdisciplinar na prestação de cuidados paliativos ao paciente com câncer. *Investigación y Educación en Enfermería* , 30 (2), 231-239. Recuperado em 18 de outubro de 2020, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012053072012000200008&lng=en&tlng=en.

ANEXO 1

Normas da Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria- REUFMS

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem ser encaminhados em documento Microsoft Word 97-2003 ou superior, fonte Times New Roman 12 (exceto Título -14 e Referências – 11), espaçamento 1,5 em todo o texto (exceto resumo, ilustrações, tabelas e referências – espaçamento simples), com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 (210 x 297 mm) e com 2,5 cm nas quatro margens. Palavras em idioma diferente do manuscrito devem estar em itálico. Texto redigido de acordo com o Estilo Vancouver, norma elaborada pelo ICMJE (<http://www.icmje.org>).

QUANTO À REDAÇÃO

Redação objetiva, linguagem adequada ao estudo e terminologia científica condizente. O(s) autor(es) deve(m) buscar assessoria linguística profissional (revisores e tradutores certificados nos idiomas português, inglês e espanhol) antes de submeter(em) os manuscritos. Tal medida evita incorreções ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo.

- Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração ou marcador de texto.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

TÍTULOS

Título - inédito, que identifique o conteúdo do manuscrito, conciso em até 15 palavras; porém, informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações. Ser escrito em negrito, tamanho da fonte 14, espaçamento 1,5 entre as linhas, com apenas a primeira letra em maiúsculo e somente no idioma do manuscrito. Em caso de o manuscrito ter origem em tese, dissertação ou disciplina de programa de pós-graduação, deverá conter asterisco (*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé **somente** na Title Page.

Título de seção primária e resumo - Primeira letra maiúscula e demais minúsculas e negrito.

Ex.: **Título; Resumo; Resultados**. Sem numeração ou uso de marcadores.

Título de seção secundária - Primeira letra maiúscula e demais minúsculas e negrito. Ex.: **Princípios do cuidado de enfermagem**. Sem numeração ou uso de marcadores.

RESUMO

Abaixo da apresentação do título e apenas no idioma do manuscrito. Conciso, limite máximo de 150 palavras, elaborado em parágrafo único, com espaçamento simples entre as linhas. Evitar a utilização de sigla. No entanto, quando necessário, apresentar primeiro a nomenclatura por extenso, seguida da sigla entre parênteses. O resumo deve ser estruturado e separado nos itens - **Objetivo, Método, Resultados e Conclusão** (todos em

negrito, somente a primeira letra em maiúsculo) e cada item deve ser seguido por dois pontos (:). Após os dois pontos, iniciar o texto com letra minúscula (ex.: **Objetivo:** analisar ...). Deverão ser considerados os novos e mais importantes aspectos do estudo que destaquem o avanço do conhecimento na Enfermagem ou na área da saúde.

DESCRITORES

Abaixo do resumo no idioma do manuscrito, **mas citados nos três idiomas** (português, inglês e espanhol).

- Incluir **cinco descritores**, segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt>) ou no Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus.

- Cada descritor utilizado será apresentado com a **primeira letra maiúscula, separados por ponto e vírgula(;) e sem ponto final após o último descritor**. Ex.: **Descritores:** Saúde mental; Transtornos mentais; Família; Enfermagem; Enfermagem psiquiátrica

- Usar os termos "**Descritores**", "**Descriptors**" e "**Descriptores**" com a primeira letra maiúscula e negrito.

INTRODUÇÃO

Deve ser breve. Apresentar a revisão da literatura (pertinente e relevante), incluindo referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional. Definir claramente o problema de pesquisa e as lacunas do conhecimento.

O(s) objetivo(s) deve(m) ser coerente(s) com a proposta do estudo e ser idêntico(s) ao(s) apresentado(s) no resumo. Deve(m) estar alocado(s) no último parágrafo da introdução e iniciado(s) por verbo no infinitivo.

MÉTODO

Indicar o delineamento, o cenário estudado, a população, os critérios de seleção (inclusão/exclusão), a fonte de dados, o período de coleta dos dados e o tipo de análise realizada. As informações devem ser descritas de forma objetiva e completa.

Os manuscritos **originais** resultantes de estudos que envolvem **seres humanos** deverão indicar, no último parágrafo do método:

- os procedimentos adotados para atender o constante da Resoluções 466/2012 (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html), 510/2016 (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html) e a 580/2018 (<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>) do Conselho Nacional de Saúde;

- o número do protocolo de aprovação do projeto de pesquisa e a data da aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);

- os preceitos éticos que envolvem pesquisas com animais também deverão ser respeitados. Para os manuscritos oriundos de outros países, os procedimentos adotados serão os constantes na Declaração de

Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008). Deverá ser observado o atendimento à legislação específica do país em que a pesquisa foi realizada.

Para assegurar a qualidade e a transparência da pesquisa/investigação em saúde, sugere-se acessar: <http://www.equator-network.org/resource-centre/authors-of-research-reports/authors-of-research-reports/#auwrit>.

Para todos os tipos de estudos usar o guia Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence ([SQUIRE 2.0 – checklist](#)).

Para ensaio clínico randomizado usar o seguir CONSORT ([checklist](#) e [fluxograma](#)).

Para revisões sistemáticas e metanálises seguir o guia PRISMA ([checklist](#) e [fluxograma](#)).

Para estudos observacionais em epidemiologia seguir o guia STROBE ([checklist](#)).

Para estudos qualitativos seguir o guia COREQ ([checklist](#)).

RESULTADOS

Os resultados devem ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve ser complementar a essas.

DISCUSSÃO

A discussão deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretação dos autores.

Sugere-se a utilização de referências de artigos publicados nos últimos cinco anos (80%), com abrangência nacional e internacional.

Ao final da discussão, referir as limitações do estudo.

CONCLUSÃO

As conclusões devem responder ao(s) objetivo(s) da pesquisa, destacar os achados mais importantes e apontar as contribuições para a área.

CITAÇÕES

Utilizar sistema numérico para identificar as obras citadas. Representá-las, no texto, com os números correspondentes **sem parênteses e sobrescritos, após o ponto, sem espaço e sem mencionar o nome dos autores.**

Citação sequencial - separar os números por hífen. Ex.: Pesquisas evidenciam que...¹⁻⁴

Citações intercaladas - devem ser separadas por vírgula. Ex.: Autores referem que...^{1,4-5}

Transcrição de palavras, frases ou parágrafo com palavras do autor (citação direta):

Até três linhas: devem ser utilizadas aspas na sequência do texto, sem itálico, letra tamanho 12, espaçamento 1,5 e referência correspondente (autor e página). Ex.: “A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a base do sistema, viabilizando acesso aos usuários e sendo diretamente relacionada ao êxito desses sistemas”.^{13:4}

Com mais de três linhas: usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e espaço simples entre linhas (sem aspas e sem itálico), e referência correspondente (autor e página). Ex.:

A APS, ou Atenção Básica (AB), é considerada um desses pontos e a ordenadora da rede e, para cumprir essas funções, deve concretizar atributos essenciais: ser porta de entrada e primeiro contato, prover atuação integral, longitudinal e coordenar a ação dos demais serviços.^{13:6}

Supressões: devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]” Recomenda-se a utilização criteriosa deste recurso. Ex.: “[...] quando impossibilitado de se autocuidar”.^{5:27}

Depoimentos: na transcrição de comentários/falas/depoimentos dos participantes da pesquisa, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e espaço simples entre linhas e em *itálico*.

A Identificação do participante deve estar codificada, entre parênteses, sem itálico, separada do depoimento por ponto. Ex.: *Educação permanente a gente faz, geralmente, em reunião de equipe.* (E1)

As intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo, devem ser apresentadas entre colchetes, sem itálico. Ex.: *Lá [unidade de trabalho] somos um grupo coeso.* (E1)

ILUSTRAÇÕES (gráficos, figuras e quadros) e TABELAS

Devem ser indicadas no corpo do texto, poderão ser incluídas até cinco, em preto e branco ou colorido;

Conteúdo em fonte 10, em espaçamento simples, com a primeira letra em maiúscula e centralizada.

Tabelas - devem ser elaboradas para reprodução direta pelo editor de *layout*.

- Podem ser elaboradas no programa Word ou Excel

Inseridas no texto, logo após a primeira menção, com a primeira letra da legenda em maiúscula e descrita na parte superior da tabela. Numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e na ordem em que foram citadas no texto.

Ex: Tabela 1 - Título..., Tabela 2 - Título.....

Apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da revista). O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título.

Não usar linhas internas. Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela.

Dados separados por linhas e colunas invisíveis, de forma que cada dado esteja em uma célula.

Empregar em cada coluna Títulos curtos (se abreviados, constando na legenda imediatamente abaixo do quadro ou tabela).

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos e quadros) – podem ser elaboradas no programa Word ou Excel ou serem convertidas em figura do tipo JPEG, BMP, GIF etc. Em alta resolução (mínimo de 900 dpi).

Apresentá-las com a primeira letra da legenda em maiúscula, descrita na parte inferior e sem grifo, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Para os Quadros, conteúdo em fonte 10, em espaçamento simples, com a primeira letra em maiúscula e centralizada.

SÍMBOLOS, ABREVIATURAS E SIGLAS

Usar somente abreviaturas padronizadas. A não ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura entre parênteses, na primeira vez que aparecem no texto, mesmo que já tenha sido informado no resumo.

- Deve ser **evitada a apresentação** de apêndices elaborados pelos autores.

- Utilizar itálico para **palavras estrangeiras**.

NOTAS DE RODAPÉ

No texto: indicadas por asterisco (*), iniciadas a cada página, restritas ao mínimo necessário.

Nas tabelas e figuras: indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, apresentadas tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé correspondente.

Nas ilustrações (imagem), deverão estar em formato de texto, logo abaixo da ilustração, e não no interior da imagem.

Em caso de usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo.

REFERÊNCIAS

A REUFMS adota (salvo casos específicos, descritos abaixo) os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, estilo Vancouver, disponível em:

<http://www.icmje.org> ou

<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (versão traduzida em português).

Incluir como disponibilidade de acesso eletrônico o DOI em todas as referências, o que garante um link permanente para o artigo eletrônico. Para artigos ou textos publicados na internet que não contenham o DOI, indicar o endereço da URL completa, bem como a data de acesso em que foi consultada, seguindo as regras descritas abaixo:

Lista de referências:

Devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto.

A fonte utilizada deve ter tamanho 11, espaçamento simples, espaçamento de parágrafo antes/depois 12 pt e alinhamento justificado.

As referências não devem ser repetidas na lista de referências mesmo que sejam citadas novamente no texto. Neste caso, usa-se a numeração da referência da primeira citação que já consta na lista.

Autoria:

Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida das iniciais dos prenomes e sem ponto, conforme o estilo Vancouver. O artigo apresentado pode possuir de um até seis autores. Assim, deve-se citar todos os autores, separados por vírgula. Para mais de 6 autores, utiliza-se a expressão latina “et al”, antecedida de vírgula.

Ex: Calman JW, Josh MKH, Gehardt JE, Irving TL, Kann HNM, Brendon HJ, et al.

No caso de necessidade de identificação de autoria institucional, indicar o nome do país entre parênteses conforme Appendix D: ISO Country Codes for Selected Countries disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7249>

Ex: Ministério da Saúde (BR).
Center of Disease Control (US).

Quando a autoria for de duas ou mais organizações, usa-se ponto-e-vírgula. Para identificar a hierarquização dentro da organização, usa-se vírgula.

Títulos de periódicos:

Devem ser referidos abreviados, de acordo com o *Index Medicus*: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde, da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://portal.revistas.bvs.br>), eliminando os pontos da abreviatura e iniciais de título em maiúsculas.

No caso de Periódicos Nacionais que não se encontram no Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde (como o caso de periódicos de outras áreas de conhecimento), poderá ser utilizado como referência as informações indexadas no Latindex (<http://www.latindex.org/latindex/inicio>). Os títulos abreviados dos periódicos serão apresentados conforme o Estilo Vancouver, sempre considerando a primeira letra de cada palavra em maiúscula, desconsiderando os artigos, preposições e outros caracteres entre as palavras.

As datas são sempre no formato: ano, mês e dia, conforme o Estilo Vancouver.

Abreviatura dos meses dos periódicos em inglês e alemão, iniciam por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o *Estilo Vancouver*. Tabela de abreviaturas da Metodologia LILACS: <http://metodologia.lilacs.bvsalud.org/docs/pt/tabela-abreviatura-meses.htm>

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- Para títulos de periódicos com nome das cidades sede. Ex.: Saúde (Santa Maria), Bol Epidemiol (Bogotá), Medicina (Ribeirão Preto), usar parênteses.

- Se um título de artigo termina em uma outra forma de pontuação, manter essa pontuação: Bhat YM, McGrath KM, pHmetria Bielefeldt K. Bravo: devemos excluir as primeiras 6 horas? [resumo]. Gastroenterologia. 2002 abr;128(4 Supl 2):A392.
- Artigos com DOI têm somente o endereço do identificador no final da referência (doi: 10.100...). Artigos sem DOI e publicados em inglês e português têm as informações de acesso em inglês (cited .../Available from: ...), artigos, manuais, relatórios, etc. sem DOI e publicados somente em português têm as informações de acesso em português (acesso em .../Disponível em ...).

APÊNDICE A

PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA
<p>I. RECURSOS HUMANOS</p> <p>Pesquisador responsável: Tiago (1) Pesquisador orientador: Vera (2)</p>
<p>II. PARTICIPAÇÃO DOS PESQUISADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração protocolo: 1 - Avaliação do protocolo: 2 - Coleta de dados: 1 - Seleção dos estudos: 1 - Checagem dos dados coletados: 1, 2 - Avaliação crítica dos estudos com base no objetivo proposto: 1, 2 - Síntese dos dados: 1 - Análise dos dados, resultados e elaboração do artigo: 1,2 - Apreciação final, avaliação e sugestões: 2 - Revisão final a partir de sugestões do orientador: 1 - Finalização do artigo e encaminhamento para revista: 1 <p style="margin-left: 20px;">* Os números relacionam-se ao nome dos pesquisadores apresentados no item I.</p>
<p>III. PERGUNTA DE PESQUISA</p> <p>PICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • População alvo; • O problema de saúde ao qual se aplica (Intervenções); • Os itens sob avaliação ou Comparação (medicamentos, métodos de diagnóstico e tratamento); • Os desfechos clínicos (Outcomes); • Desenho dos estudos (tipo) (Study design); <p>P: Equipe multiprofissional em saúde I: não se aplica C: não aplica O: não se aplica S:</p> <p>POT: P: população (contexto e fenômeno de interesse): Equipe multiprofissional em saúde O: desfecho (avaliações): conhecimento sobre os cuidados paliativos em pacientes hospitalizados; T: tipo de estudo: estudos qualitativos, quantitativos e mistos.</p>
<p>IV. OBJETIVO</p> <p>Compreender, de acordo com a literatura nacional e internacional, qual o entendimento que a equipe multiprofissional de saúde tem sobre a assistência em cuidados paliativos a pacientes hospitalizados;</p>

V. DESENHO DO ESTUDO

Revisão integrativa da literatura, baseada nos pressupostos de MENDES; SILVEIRA; GALVÃO (2019) que sistematiza as etapas de revisão integrativa. Etapas para a elaboração e desenvolvimento:



VI. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- a) artigos originais, qualitativos, quanti, estudos mistos.
- b) estudos publicados em português ou inglês ou espanhol que contenham os TERMOS DE BUSCA listados nesse protocolo e publicados entre 2010 e 2020 (31/05/20).

VII. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) estudos na modalidade de cartas, resenhas, editoriais, revisões; dissertações, teses. Artigos que não respondem à pergunta de pesquisa
- b) estudos duplicados: foram considerados só uma vez, quando encontrados em diferentes bases de dados;
- c) estudos que não contemplem o escopo desse protocolo;

VIII. ESTRATÉGIAS DE BUSCA (Pesquisa avançada)

Foram utilizados os seguintes termos de busca:

Descritores	Palavras chave em português	Palavras chave em inglês espanhol
Descritor Inglês: Palliative Care Descritor Espanhol: Cuidados Paliativos Descritor Português: Cuidados Paliativos	Assistência Paliativa Tratamento Paliativo Terminalidade (não aparece nos sinónimos)	Palliative Treatment Tratamiento Paliativo

Descritor Inglês: Patient Care Team Descritor Espanhol: Grupo de Atención al Paciente Descritor Português: Equipe de Assistência ao Paciente	Equipe Multiprofissional Equipe de Cuidado à saúde	Multiprofessional team Equipo Multiprofesional	
Descritor Inglês : Hospitalization Descritor Espanhol: Hospitalización Descritor Português: Internação Hospitalar	Admissão do paciente	Patient admission Ingreso del Paciente	
Descritor Inglês:	Compreensibilidade	knowledge Comprensibilidad	

IX. BASES ELETRÔNICAS DE DADOS:

PUBMED/PUBLISHER MEDLINE

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

SCIELO:

PUBMED – chave 30/05/20

((("palliative care") AND "patient care team") OR "multiprofessional team") AND "hospitalization"

ENCONTREI: 64 artigos

LILACS – chave

("Palliative Care" OR
 "Cuidados Paliativos" OR
 "Cuidados Paliativos" OR
 "Palliative Treatment" OR
 "Assistência Paliativa" OR
 "Tratamiento Paliativo")

AND

("Patient Care Team" OR
 "Equipe de Assistência ao Paciente " OR
 "Grupo de Atención al Paciente" OR
 " Multiprofessional team" OR
 " Equipe Multiprofissional" OR

" Equipo Multiprofesional")

AND

("Hospitalization" OR
 " Internação Hospitalar" OR
 "Hospitalización" OR
 " Patient admission" OR
 " Admissão do paciente" OR
 " Ingreso del paciente")

15 artigos- 30/05/2020

("Palliative Care" OR
 "Cuidados Paliativos" OR

"Cuidados Paliativos" OR
 " Palliative Treatment" OR
 " Assistência Paliativa" OR
 " Tratamiento Paliativo")

AND

("Patient Care Team" OR
 "Equipe de Assistência ao Paciente " OR
 "Grupo de Atención al Paciente" OR
 " Multiprofessional team" OR
 " Equipe Multiprofissional" OR

" Equipo Multiprofesional")

AND

("Hospitalization" OR
 " Internação Hospitalar" OR
 " Hospitalización" OR
 " Institutionalization" OR
 " Institucionalização" OR
 " Institucionalización ")
 16 artigos- 30/05/2020

("Palliative Care" OR
 " Cuidados Paliativos" OR
 "Cuidados Paliativos" OR
 " Palliative Treatment" OR
 " Assistência Paliativa" OR
 " Tratamiento Paliativo")

AND

("Health Staff" OR
 "Pessoal da saúde " OR
 "Personal de salud" OR
 "Health Care Providers" OR
 "Prestadores de Cuidados de Saúde" OR

" Proveedores de Servicios de salud")

AND

("Hospitalization" OR
 " Internação Hospitalar" OR
 " Hospitalización" OR
 " Institutionalization" OR
 " Institucionalização" OR
 " Institucionalización ")
 17 artigos

("Palliative Care" OR
 " Cuidados Paliativos" OR
 "Cuidados Paliativos" OR
 " Palliative Treatment" OR
 " Assistência Paliativa" OR
 " Tratamiento Paliativo")

AND

("Health Professionals" OR
 "Profissionais da saúde " OR
 "Profesionales de la salud" OR
 "Health Workers" OR
 "Trabalhadores da Saúde" OR

" Trabajadores de la salud")

AND

("Hospitalization" OR
 " Internação Hospitalar" OR
 " Hospitalización" OR
 " Institutionalization" OR
 " Institucionalização" OR
 " Institucionalización")
 30 artigos

("Palliative Care" OR
 " Cuidados Paliativos" OR
 "Cuidados Paliativos" OR
 " Palliative Treatment" OR
 " Assistência Paliativa" OR
 " Tratamiento Paliativo")

AND

("Health Professionals" OR
 "Profissionais da saúde " OR
 "Profesionales de la salud" OR
 "Health Workers" OR
 "Trabalhadores da Saúde" OR

" Trabajadores de la salud")

AND

("Hospitalization" OR
 " Internação Hospitalar" OR
 " Hospitalización" OR
 " Patient admisión" OR
 " Admissão do paciente" OR
 " Ingreso del paciente")
 22 artigos

("Palliative Care" OR
 " Cuidados Paliativos" OR
 "Cuidados Paliativos" OR
 " Palliative Treatment" OR
 " Assistência Paliativa" OR
 " Tratamiento Paliativo")

AND

("Patient Care Team" OR
 "Equipe de Assistência ao Paciente" OR
 " Equipo de Atención al Paciente" OR
 "Health Workers" OR
 "Multidisciplinary team" OR
 "Equipe Multiprofissional" OR

" Equipo Multiprofesional")

AND

("Hospice Care" OR
 "Terminalidade" OR
 "Cuidados Paliativos al final de la Vida" OR
 "Care for Terminally ill Patients" OR

"Cuidados a doentes terminais" OR
 "Atención a pacientes com enfermedades Terminales")
 7 artigos

("Palliative Care" OR
 "Cuidados Paliativos" OR
 "Cuidados Paliativos" OR
 "Palliative Treatment" OR
 "Assistência Paliativa" OR
 "Tratamiento Paliativo")
 AND
 ("Patient Care Team" OR
 "Equipe de Assistência ao Paciente" OR
 "Grupo de Atención al Paciente" OR
 "Multidisciplinary team" OR
 "Equipe Multiprofissional" OR

"Equipo Multiprofesional")

AND
 ("Hospitalization" OR
 "Internação Hospitalar" OR
 "Hospitalización")
 21 artigos

SCIELO- chave em 22/05/2020

("Cuidados paliativos" OR "Cuidado paliativo" OR "Assistência paliativa" OR "Tratamento paliativo" OR "Terminalidade" OR "Cuidados a doentes terminais" OR "Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida" OR "Palliative care" OR "Palliative Treatment" OR "Hospice Care" OR "Cuidados Paliativos" OR "Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida" OR "Tratamiento Paliativo") AND ("Equipe de Assistência ao Paciente" OR "Equipe Multiprofissional" OR "Profissionais da saúde" OR "Equipe de Assistência ao Paciente" OR "Equipe de cuidados de saúde" OR "Equipe de saúde" OR "Patient Care Team" OR "Multidisciplinary team" OR "Health Care Teams" OR "Health Team" OR "Health Staff" OR "Health Professionals" OR "Health professional" OR "Multiprofessional team" OR "Grupo de Atención al Paciente" OR "Equipo de Atención al Paciente" OR "Equipo de Atención de Salud" OR "Profesional de la Salud") AND ("Hospitalização" OR "Institucionalização" OR "Hospitalization" OR "Hospitalización" OR "Institucionalización")
 186 artigos

("Cuidados paliativos" OR "Cuidado paliativo" OR "Assistência paliativa" OR "Tratamento paliativo" OR "Terminalidade" OR "Cuidados a doentes terminais" OR "Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida" OR "Palliative care" OR "Palliative Treatment" OR "Hospice Care" OR "Hospice and Palliative Care Nursing" OR "Cuidados Paliativos" OR "Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida" OR "Tratamiento Paliativo") AND ("Equipe de Assistência ao Paciente" OR "Equipe Multiprofissional" OR "Equipes Multiprofissionais" OR "Profissionais da saúde" OR "Profissional da saúde" OR "Pessoal de Saúde" OR "Equipe de Assistência ao Paciente" OR "Equipe de cuidados de saúde" OR "Equipe de saúde" OR "Patient Care Team" OR "Multidisciplinary team" OR "Health Care Teams" OR "Health Team" OR "Healthcare Provider" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Providers" OR "Health Staff" OR "Health Professionals" OR "Health professional" OR "Multiprofessional team" OR "Grupo de Atención al Paciente" OR "Equipo de Atención al Paciente" OR "Equipo de Atención de Salud" OR "Equipo de Atención de Salud" OR "Profesional de la Salud") AND ("Internação hospitalar" OR "Hospitalização" OR "Admissão do paciente" OR "Institucionalização" OR "Hospitalization" OR "Patient admisión" OR "Institutionalization" OR "Hospitalización")

OR "Ingreso del paciente" OR "Institucionalización")

223 artigos

("Cuidados paliativos" OR "Cuidado paliativo" OR "Assistência paliativa" OR "Tratamento paliativo" OR "Terminalidade" OR "Cuidados a doentes terminais" OR "Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida" OR "Palliative care" OR "Palliative Treatment" OR "Hospice Care" OR "Hospice and Palliative Care Nursing" OR palliative OR paliat* "Cuidados Paliativos" OR "Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida" OR "Tratamiento Paliativo") AND ("Equipe de Assistência ao Paciente" OR "Equipe Multiprofissional" OR "Equipes Multiprofissionais" "Trabalhadores da saúde" OR "Trabalhador da saúde" OR "Profissionais da saúde" OR "Profissional da saúde" OR "Pessoal de Saúde" OR "Equipe de Assistência ao Paciente" OR "Equipe de cuidados de saúde" OR "Equipes Interdisciplinares de Saúde" OR "Equipe de saúde" OR "Patient Care Team" OR "Multidisciplinary team" OR "Health Care Teams" OR "Health Team" OR "Health Workers" OR "Healthcare Provider" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Providers" OR "Health Staff" OR "Health Professionals" OR "Health professional" OR "Multiprofessional team" OR nursing OR nurse* "Grupo de Atención al Paciente" OR "Equipo de Atención al Paciente" OR "Equipo de Atención de Salud" OR "Equipo de Atención de Salud" OR "Profesional de la Salud") AND ("Internação hospitalar" OR "Hospitalização" OR "Admissão do paciente" OR "Institucionalização" OR "Hospitalization" OR "Patient admission" OR "Institutionalization" OR "Hospitalización" OR "Ingreso del paciente" OR "Institucionalización")

5 artigos

X. COLETA DOS DADOS

A busca das publicações foi realizada com o acesso às bases de dados supracitadas e biblioteca digital, pelo pesquisador responsável. Os dados obtidos pelo pesquisador foram submetidos às etapas de seleção e checagem. Todos os trabalhos encontrados foram submetidos à próxima etapa do protocolo.

XI. CAPTAÇÃO DOS TRABALHOS

Após a busca dos artigos nas bases de dados, foi realizada a leitura do título e do resumo, os trabalhos que atenderem ao objetivo proposto pelo estudo foram submetidos à etapa seguinte do estudo.

XII. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS

Para análise dos estudos foi realizada a leitura minuciosa dos trabalhos na íntegra, com o objetivo de constatar a aderência ao objetivo deste estudo. Para seguir as diretrizes da Revisão Integrativa, os achados foram organizados em uma tabela no *Microsoft Word®* e analisados a partir das categorias que estão citadas abaixo. Dentro de cada categoria os dados foram agrupados por similaridade de ideias, em que se desenvolverá uma síntese de forma narrativa.

XIII. INFORMAÇÕES A SER EM EXTRAÍDAS DAS PRODUÇÕES/CATEGORIAS DE ANÁLISE

- Ano de publicação/ Idioma
- Base de dados onde estava incluído
- Título
- Objetivo do estudo
- Resultados ou principais contribuições do estudo

XIV. DIVULGAÇÃO

O manuscrito será encaminhado para publicação em revista escolhida pelos pesquisadores.

XV. CRONOGRAMA

PERÍODO	2020						
ATIVIDADES	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out
Elaboração protocolo	X						
Validação protocolo		X					
Busca dos artigos		X					
Triagem e seleção dos artigos		X					
Organização dos artigos em tabelas			X	X			
Avaliação crítica dos artigos			X	X	X		
Análise dos dados coletados					X	X	X
Discussão e Conclusões						X	X
Elaboração do artigo						X	X

O conhecimento da equipe multiprofissional de saúde acerca dos cuidados paliativos hospitalares: revisão integrativa

O avanço tecnológico e científico na área da saúde proporciona ambientes perfeitos e diversificadas opções de investimento terapêutico, onde o foco do cuidar dos profissionais de saúde está mais atrelado a tratar a enfermidade ativamente, esquecendo a possibilidade de tratar também o sofrimento do paciente e sua família. Pensando na melhor atuação dos profissionais de saúde no cuidado a pacientes que sofrem de doenças incapacitantes e ameaçadoras da continuidade da vida, existe a proposta de intervir no panorama atual dos cuidados ofertados através dos cuidados paliativos. Diante disso, considerou-se necessário estudar, através de uma revisão integrativa da literatura, o conhecimento que profissionais da saúde possuem sobre a prática dos cuidados paliativos em ambiente hospitalar.

Autores

Home Editora
CNPJ: 39.242.488/0002-80
www.homeeditora.com
contato@homeeditora.com
9198473-5110
Av. Augusto Montenegro, 4120 - Parque
Verde, Belém - PA, 66635-110

